

장기요양보험료 경감 신청서

접수번호					
① 경감 대상자	성명		생년월일		건강보험증번호
	주소				
	전화번호	(휴대전화)			
② 신청 사유	[] 장애의 정도가 심한 장애인 [] 희귀난치성질환자				
경감사유		경감코드		경감율	
지사 의견				검토 결과	경감적용
					적용불가
경감신청일					
입력일자				입력자 성명	(서명 또는 인)

「장기요양보험료 경감고시」 제4조에 따라 장기요양보험료 경감을 신청합니다.

신청인

(서명 또는 인)

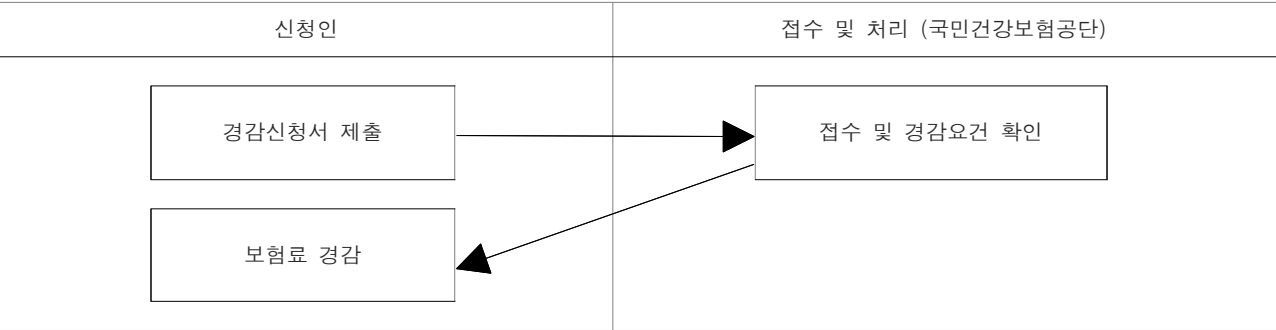
국민건강보험공단 이사장 귀하

첨부 서류	1. 장애의 정도가 심한 장애인 경우 : 장애인등록증 등 2. 희귀난치성질환자의 경우 : 의사진단서 등 증명서류
----------	---

(주) 굿은선 안은 작성하지 마시고, 작성요령은 뒤쪽을 참고하시기 바랍니다.

처리절차

이 신청서는 다음과 같이 처리됩니다. (처리기간은 최장 30일 정도 소요됩니다)



작성방법

- ① 장기요양보험료 경감 대상자의 성명, 주민등록번호, 주소 및 전화번호를 적습니다.
- ② 경감대상자가 해당되는 신청사유에 √ 표 합니다.